Foucault (II). Una carcajada de indignación, suscitada por las tretas del poder

Edgardo Adrián López, Doctor en Historia y pesquisador "free lance" del *Instituto Brasileiro de Estudos Contemporâneos –IBEC–*, São Paulo, República Federativa de Brasil

Resumen

Tal cual en la entrega previa [ir a http://www.fisyp.org.ar/media/uploads/regular_files/foucault9.pdf –archivo en el que había unos deslices en la secuenciación de la "Dialektik" que levanté (cf. http://www.salta21.com/Hacia-una-clasificacion-marxist-de.html y http://www.salta21.com/Los-intelectuales-y-Marx.html)], concretamos aquí la síntesis de la obra que se difundió antes de *Vigilar y castigar*, con el ánimo de mostrar que el amigo de Louis René, no guardaba nexos positivos ni con Freud, ni con Lacan, ni con el Psicoanálisis, ni con la "Médecine", ni con la Psiquiatría, ni con las Ciencias, puntuando los instantes en que imaginamos detectar la sonrisa de Paul-Michel

> Todavía "… *hay canciones*
> *que cantar,*
> *más allá*
> *de los hombres*"
>
> Celan, Paul: "Soles filamentos" en Celan, Paul: *Obras completas*. Editorial Trotta, S. A., Madrid, 2002, 212
>
> Por "… *encima de* (*las*) *invectivas múltiples, de* (*las*) *escenas abigarradas* … (*gira*) *la* … *forma alada* … *de* (*los triunfos*) *en el lodo*"
>
> Foucault, Paul-Michel: *Siete sentencias sobre el Séptimo Ángel*. Arena Libros S. L., Madrid, 2002, pp. 32/33

"Lehen Serie" *Dialektiek* ó "$\aleph_0$"

Primera Ceroidad

Para continuar con el estudio de lo que denominamos el "segundo Foucault estructuralista", por cuanto el primero fue el de hojaldres como *Enfermedad mental y personalidad*, de la que el demolido por Jackie Eliahou se arrepintió en múltiples ocasiones, glosaremos *El nacimiento de la clínica*. *Una arqueología de la mirada médica* –Siglo XXI Editores Argentina S. A., Buenos Aires, 2004.
Es la siguiente obra que se difunde luego del análisis acerca de la locura y en la que desde su título mismo, se anuncia que Paul-Michel concretará una "akeyoloji" rara, arqueología que no es de objetos de un pasado pre histórico, sino que es una de asuntos conectados con la Historia y de objetos más o menos, próximos a la centuria en que Foucault falleció.

Prva Primificación

Paul-Michel anuncia de un modo enigmático que su libro tratará del espacio, del lenguaje, de la muerte y de cómo se ve (de lo que, cuando fui alumno de grado, denominé como “arquitectura de la mirada”).

Después de ese enunciado sumario, Foucault se detiene en el tratamiento dado a una mujer catalogada de histérica, a mediados del Siglo XVIII.

Luego, alude a un diagnóstico de la segunda parte de la centuria siguiente acerca del cerebro. Con ese procedimiento elusivo, el comentador de Nietzsche situará su pesquisa en los cambios que ocurren en medio siglo. Pero…, ¿alteraciones referidas a qué? A las modificaciones que hay en una experiencia de la mirada médica.

Advierte que su investigación no es la de un Psicoanálisis de qué había en el Inconsciente de las prácticas.

Lo que el amado por Defert concretará, será un estudio de cómo en esa centuria se reparten los papeles el médico y el enfermo, y de cómo el uno es el lado del saber y de cómo el otro es el polo del que es Objetivado como algo para conocer y para encarcelar con el saber.

Ese par singular se constituyó despacio, en torno a la enfermedad y al dolor.

A su vez, el médico se arma de un lenguaje peculiar, de un habla que aspira a ser científica y no metafórica. La *Medizin* es uno de los primeros conocimientos que logran ser aceptados como “Science” y a manera de un saber efectivo alrededor de los hombres (p. 8 –arriesgándonos, podría esparcirse que la Medicina es una de las primeras *ciencias humanas*…).

Para interrogar a ese **discurso**, término que emplea Foucault en su primera ocasión… (p. 4), hay que observar cómo se separan las que serán, de un lado, las “cosas” a las que construirá ese discurso en tanto objetos, y del otro costado, las *palabras*, como los vocablos que fingirán ser diferentes de las “cosas” –emerge aquí un nominalismo que será desproporcionado en *Una arqueología de las Ciencias Humanas* (Siglo XXI Editores, S. A. de C. V., México, 1968).

Para que un discurso pueda ser hábil para distinguir las palabras de las cosas, lo que será convertido en entidades, tiene que ser visible y lo que operará como vocablos, debe poder decirse, tiene que poder enunciarse –p. 5. Debe existir un “régimen de visibilidad” y un *orden de enunciabilidad*.

El “régimen de visibilidad” de una época, hace ver de tal y cual modo, y *el orden de enunciabilidad* de una etapa, permite decir de tal y cual forma.

Lo que antes no era motivo de curiosidad, en un determinado momento, deviene Objeto de conocimiento; es el ejemplo del cerebro. El cráneo es abierto y se torna visible lo que se ocultaba.

Lo que no era percibido, no puede observarse si no hay cierto “régimen de luz” o de luminosidad [p. 7 –hace tiempo, habíamos establecido, en el compañero de Louis, todos estos órdenes (ir a http://www.eumed.net/rev/cccss/27/conciencia-tipologia.html)].

Regresando a lo que se había adelantado de la “Meditsiin” como una de las primeras Ciencias Humanas, es dable sostener que con el afloramiento de la clínica, se vuelve posible un discurso que aspira a ser racional acerca de los individuos y las personas se convierten en sujetos de saber, por lo que un sujeto puede también ser Objeto de conocimiento (p. 8).

Entonces, Paul-Michel tratará de responder cómo fue plausible que la Medicina se transformara en esa *Wissenschaft* que convertiría en Objeto de saber a los “mænd”.

Acto seguido, Foucault dice que podemos esgrimir estas cuestiones nuevas a causa de que ya no percibimos, no enunciamos, no miramos, no discurseamos, como en los periodos a los que criticamos. No es porque veamos con una luz más potente, en virtud de que hablemos con mayor claridad, a causa de que hayamos aprendido a mirar de otra forma o porque nuestros discursos sean más racionales. Estamos en otra época; eso es todo.
Detentamos la capacidad de desmantelar otras fases históricas, a raíz de que nuestra cultura es una que se dedica a encimar un discurso sobre otros discursos y en virtud de que oímos lo que fue proferido con otra escucha [p. 10 –hay pues, un *régimen del oír*, orden que se nos olvidó subrayar en aquellos años en que, junto a la ex Profesora Amalia Carrique, impartíamos el Seminario acerca de la "Semiótica Audiovisual", cuando no había nadie que practicara esa semiótica y éramos unos de los que la inauguramos (ir a http://www.salta21.com/Una-musica-contrasignificante.html)].
No obstante, el gustador de Roussel informa que él no se interesa ni por el sentido, ni por el significado, ni por el contenido, ni por el significante.
Tampoco lo que ejecuta es del registro de la glosa de los discursos (p. 11). Lo que Paul-Michel asegura que concreta es otro procedimiento. Evalúa que él desmantela los enunciados de una etapa.
Entiende por "enunciado", no lo que fue esparcido, sino una estructura abstracta –p. 12. Un mismo enunciado puede englobar varias proposiciones; es como el conjunto que las incluye.
En el caso que nos ocupa, un enunciado sería la inquietud que formula *¿qué tiene Usted?*, que principiará a ocasionar mutaciones que llevarán a otro enunciado, también con el aspecto de pregunta: "¿dónde le duele?", interrogante que originará a la clínica en tanto que una experiencia médica inédita [p. 14 –en esa secuencia de causaciones es oportuno que innumerables hayan apreciado un idealismo en Foucault, y no únicamente, los marxistas más ortodoxos, los leninistas y los marxistas torpes, al hacer derivar alteraciones concretas, de la estatura de los cambios en la experiencia médica y de la sustancia de las mutaciones de algo como la *κλινική*, de alteraciones que, por la exposición de Paul-Michel, parecen originarse en modificaciones no concretas, sino en cambios que acaecen en el limbo etéreo de meros enunciados].
Un enunciado es lo que limita a los individuos a imaginar algo y a no pensar algo (p. 15 –existe un "orden de inteligibilidad"…).

Como sobrecostura nuestra, si el *régimen de comprensión* de una época es lo que permite imaginar algo y lo que impide no pensar algo, de los otros órdenes se puede delinear lo mismo. El "régimen de visibilidad" posibilita observar, al tiempo que dificulta ver; el *orden de enunciabilidad*, permite decir en simultáneo a que impide enunciar; el "régimen de luminosidad", posibilita que algo sea iluminado y que haya sombras; el *orden para la escucha*, permite oír y bloquea la escucha.

Primera "Atesis"

En el Capítulo I, el lector de Rivière se inquietará por cómo surgió la alianza entre anatomía y *clinique* para bucear en los secretos de la enfermedad, a fin de que se modele la anatomoclínica.
Previo a que el cuerpo del doliente fuera la sede de la enfermedad, los galenos procedían por una taxonomía que emparentaba las dolencias por géneros, características y especies (i). La pleuresía es un conjunto integrado de tos, fiebre, problemas para respirar, entre otros elementos –p. 19.

La enfermedad es apreciada en un plano y en un instante, como si se tratara de un cuadro (ii).
Una dolencia que puede resultar extraña, es reconocida por su parecido con otra enfermedad; por su analogía –iii.
La dolencia es idealizada para identificarla (iv); se la desprende de la persona enferma; de su edad, de los rasgos singulares del individuo.
Como el doliente es más o menos, soslayado, ignorado, desplazado, para que la enfermedad sea más patente, la mirada médica cae en una paradoja, la que consiste en que la persona doliente revela la enfermedad, pero ésta es calibrada si no es anclada en un individuo doliente en particular –v.
La otra barrera que enfrenta esa mirada médica es que si lo que importa es la dolencia en su idealidad pura, ¿cómo puede tratarse la enfermedad en cada organismo doliente? (vi –p. 26). Porque es evidente que no existe un cuerpo en general, sino un organismo enfermo en su singularidad.
Sin embargo, por eso mismo es que la dolencia no es asociada con un órgano enfermo (vii).
Por lo precedente, una dolencia puede mudar en otra enfermedad, atravesando un umbral determinado –viii. El catarro persistente, a partir de cierto nodo, se convierte en tisis.
En consecuencia, el tiempo de una dolencia es variable e inseguro (ix –p. 29).
Es que la enfermedad no es medible ni cuantificable (x).
Esta “medical gaze” es una mirada no matemática, sino *cualitativa* –xi. Las fiebres se diferencian por sus matices.
Por lo anterior, el diplomado tiene que fijarse en las características de cada persona doliente, por cuanto es así que el médico puede detectar las separaciones cualitativas que distinguen a una clase de fiebre de otra (xii).
Tales son los rasgos de lo que podría bautizarse como “medicina de las especies” –p. 34.
A esta primera versión de una *auṣadha de las especies*, se le opone otra que considera que el Progreso ocasiona que la salud de los que estaban más cerca del entorno, como los labradores, se debilite [~~i~~ (p. 36)].
Esa mirada también evalúa que los hospitales no son espacios naturales, adecuados para el tratamiento de las enfermedades; son templos para el deceso. El lugar idóneo para la cura de las dolencias es la familia (~~ii~~).
Por lo precedente, esta medicina es una “‘lékařství’ a domicilio” (~~iii~~).
Es una medicina de la espera (~~iv~~).
En esta *igaku de las visitas a los hogares*, la medicina es sentida como un bien común y que no puede destinarse a los sectores privilegiados. Es una “‘davā’ para todos”; es que hay que garantizar la salud de la población para una efectiva génesis de riqueza [~~v~~ (p. 38)].
Y en ese gesto, observamos la aparición de una voluntad de vigilar a cualquiera, para determinar quién está enfermo y quién no –es aquí donde el compañero de Louis René, aboceta su primera delicada sonrisa (p. 40).
La medicina de las especies da paso a la *auṣadha* que hará de la dolencia un asunto de control.

Como apreciación nuestra, agregamos que la “medicina de las especies” se divide en dos grandes campos, aunque respondan al mismo discurso, a idéntica experiencia y a una mirada similar.

Første Secundidad. “Affermazione”

En el Capítulo II, el emigrado de Upsala establece que hay una etapa en la que son clasificadas las enfermedades de acuerdo a múltiples factores: el suelo, las estaciones, el clima, la lluvia, la sequedad –p. 42.
La epidemia es imaginada con esa taxonomía. Tal sistema de clasificación da origen a una *bzhshkut'yun de las clases*; ya no se trata de una "medicina de las especies" (p. 48).
Los historiadores tradicionales de la *Medicine*, se inquietan por si los diplomados del '700 eran capaces de tener una apreciación aproximada de la epidemia; de si habían sido o no hábiles para aislar el agente transmisor y el carácter contagioso –p. 42. El admirador del Marqués adelantará que este modo de pensar la "Meditsiin", supone que ese conocimiento con pretensiones de cientificidad, es idéntico en el Siglo XVIII que en el XX y lo que separa a un saber del otro es una menor rigurosidad, sin percatarse que la Medicina del '700 es un *corpus de conocimientos* que no se continúa en el Siglo XIX para después avanzar al '900.
En la perspectiva que adopta Foucault, en el Siglo XVIII hay ciertos discursos, determinado "régimen de enunciados", cierto *orden de visibilidad*, determinado "registro de luminosidad", cierto *orden para oír*, determinado "régimen de inteligibilidad", que no son los mismos en el '800 o en el Siglo XX.
Por eso, la epidemia es estimada como una dolencia esporádica que se repite un número de veces, reiteración que no se vincula con el contagio o con el agente transmisor, sino con el clima, con las estaciones, con el lugar geográfico (p. 44).
La enfermedad se repite siempre con rasgos singulares; la epidemia, no.
En suma, lo que no es apreciado en una historia tradicional de la *Medizin* es que el '700 es tan lejano y tan curioso en su terminología médica, como si fuera una época muy distante o como si perteneciera a una cultura no occidental. Lo que Paul-Michel buscará será entender esa particularidad del lenguaje médico del Siglo XVIII. No habría Una historia de La "Medits'ina", sino historias de las medicinas (en la objeción a la acentuación extrema de una discontinuidad radical, le encontramos razón a los que critican al enemistado con Derrida).
Como fuere, en las postrimerías de la centuria, la epidemia se torna una preocupación de control; **es extendida una red de vigilancia** ampliada por toda la población, para detectar si hay epidemia o no [p. 47 –en esto, existe una contradicción entre ese discontinuismo sin amortiguaciones y la descripción del funcionamiento de los poderes, dado que la vigilancia será una práctica que será actual en el '800 (probablemente, lo constatemos con nuestras apostillas al *Nacimiento de la prisión*)].
La "'ιατρική' de las clasificaciones" es una medicina de las epidemias y es una *medisin del sometimiento policial* –p. 49.
El funcionamiento de la medicina de las clases en tanto política de la vigilancia, puede apreciarse en el conflicto entre dos instituciones de Francia. Por una parte, está la nueva Sociedad de Medicina y por otro lado, se encuentra la Facultad.
La pelea se inicia porque la Real Sociedad concentra una amplitud de competencias que desborda a la Facultad, entre las que está el juicio del ejercicio de la "medicine".
La Sociedad se atarea con una recopilación de información que no es la sistematización de un saber riguroso, sino la expresión del uso de los datos para una sujeción más ceñida (p. 52).
La medicina se centraliza. A la par, se disemina por la comunidad, tal que hay una medicalización universalizada de la colectividad, por la que cada punto es vigilado –p. 55.
El conocimiento médico se amplía a los individuos, a fin de que las personas sepan cuidarse con un saber mínimo.
El diplomado ayuda en ese cuidado de sí y es como la vieja figura del sacerdote; es un *pastor del cuerpo* (p. 57).

El médico previene que las dolencias se propaguen a causa de los desórdenes de la vida cotidiana; veladas nocturnas; dormir a pleno día. El diplomado se torna un político que gobierna la existencia y en la escala en que se transforma en un médico que conduce el buen vivir, se convierte en un luchador contra los malos políticos, en desmedro de los malos gobiernos –p. 59. La utopía médica demanda que no sólo no existan más pobres, sino que no haya más enfermos. El profesional es un político de la salud.
El diplomado es el artífice de un hombre ideal y con ello, la Medicina adopta al "maður" como Objeto de conocimiento (p. 61).
Para alcanzar ese hombre modelo, es impostergable distinguir entre lo normal y lo patológico. Esta diferenciación será nuclear en el Siglo XIX y para las futuras Ciencias Humanas –p. 62.

Primera Tercerificación. "Verneinung"

El Capítulo III, se inicia con la afirmación de que la *orvostudomány de las clasificaciones* o de la epidemia, es una medicina para el control del espacio social.
Es una "'medycyna' de la salud" y una *medicina de la población* (p. 63).
Al ser la "медицина" una herramienta de poder es una *tecnología* y como instrumento de control, la medicina está asociada con una ideología política –Foucault, después protestará en desmedro del vocablo "ideología", como todos los postestructuralistas y los pos modernos, líneas de pensamiento que no son idénticas (este lector de Roussel, no distingue acá entre *poder* y "control"). Los diplomados y los políticos se interesan por cuidar a los habitantes.
Les importan otras dos cuestiones –p. 65. Los médicos, en tanto imaginarios científicos, procuran la verdad de las dolencias. Esa búsqueda debe hacerse en libertad.
Los políticos también se interesan en que la población diga lo genuino y en que la manifestación de la verdad, sea sin coerciones.
Luego, el amigo de Deleuze, releva dos ítems.
En el primero de ellos, Paul-Michel retoma la noción de que los médicos que consideran que la familia es el lugar más adecuado para curar las enfermedades, impugnan el hospital (I). Es que la dolencia tiene que ser observada en libertad, no en un espacio de encierro.
Surge el tema de qué hacer con los hospitales. Si los confiscan y si los destinan a otras funciones, esto exige una planificación económica, por lo que la *Vaidya vidyāva* se torna, además de política, en una economía; hay una "'œconomia' médica".
Empero, la recusación del hospital no es completa. Una parte de los diplomados, considera que los hospitales son imprescindibles cuando se deben enfrentar epidemias –p. 68.
Al terminar con el apartado que expone Foucault, él rescata un sintagma que podría ser el suyo: los individuos no pueden ser empujados al trabajo, encerrados en los hospitales, internados en los manicomios [p. 72 –y sin embargo, los hombres son obligados a trabajar, son hospitalizados y son catalogados de locos (el glosador de Rivière, dibuja otra sonrisa)].
El siguiente punto es el que habla sobre la estructuración de la Carrera de Medicina, para que haya un ejercicio vigilado de la profesión –II.
Eso conduce a que sea articulada la clínica como lugar para la práctica (p. 77).

Dì yī Cuartidad. Doble negación

El Capítulo IV, principia con la declaración de que en el fondo, la "Klinik" existía desde antes del ocaso de la centuria.
Lo que acontecía, era que ese aparato no era Decible como tal, aunque fuera Visible. En algún instante, la *clinique* fue un "Discible"… –si hay *discibles* que pueden no remitirse a un hojaldre de lo visible, ni a un estrato de lo decible, puede existir la probabilidad de que haya mixturas entre los otros órdenes y entre los otros registros, que decanten en zonas intermedias {podría existir una luminosidad y una legibilidad, que gestara una "lumibilidad"; de lo enunciable y de lo inteligible, se podría constituir un *enuncialigible*, entre otras combinaciones [estas alternativas, también se nos pasaron cuando establecimos los órdenes en lid (los demás frecuentadores del escritor galo, no detectaron tales posibilidades)]}.
Uno de los primeros aparatos fue el de Padua, en el Siglo XVI –p. 88.
No obstante, la "κλινική" en calidad de experiencia contemporánea, será más propia del '800; en el Siglo XVIII, lo que asoma es una *protoclínica* (p. 91), en la que se ejercitarán los futuros médicos –p. 92.
Ese aparato pedagógico, es un campo de aplicación de la "Meditsina", por lo que todavía la clínica le es exterior a la Medicina (p. 96).

Primera Quinteridad. "Clinamen"

En el Capítulo V, se retoma la noción de que los hospitales no fueron inmediatamente, derogados.
Hubo quienes los consideraron espacios para observar actuar a las enfermedades y a la muerte –p. 97. Los hospitales son lugares para aprender, por lo que podría adelantarse que hay un *orden de aprendizaje*. Ese registro "pedagógico", se acompaña con un *ver*, con un "decir" y con un *enseñar* {existe un "orden del enseñar" –habría una *Pedagogía* y una "Didáctica", según cada época [hay un *registro pedagógico* y un "orden didáctico" (los registros son más numerosos de lo que intuimos y de lo que comentó Deleuze…)]}.
En el ocaso del '700, la vocación por enseñar se disemina; el infante tiene que ser orientado para que, aprendiendo, se encuentre en la situación de producir verdades –p. 98–, las que serán atendidas por los poderes. Los individuos deberán hablar; no pueden permanecer opacos al poder; nada puede serle oculto a los poderes.
Cada fase, aparte de poseer su propia Didáctica y su Pedagogía…, tiene sus Mitos acerca de cuál sería la apreciación más próxima al ras de las cosas. Para la centuria que se estudia, los que mejor están en condiciones de observar el mundo *tal cual es* son el ciego que recupera la vista y el espectador extranjero en una región ignota.

De pronto, el admirador de Nietzsche cambia el tono y da un salto en su meditación.
Alude a que las incontables batallas que se desprenden de la Revolución Francesa, ocasionan que los médicos tengan que ir a los frentes de combate, luchas que devienen en una modalidad de práctica de la "auṣadha" (p. 99).
En simultáneo, por la ausencia de profesionales, se multiplican los que recetan. La Corporación Médica y el Estado, se niegan a que cualquiera pueda ocuparse de los dolientes.
Los diplomados no son suficientes para atender a los heridos en el ejército, por lo que el mismo Estado que anhela regular el ejercicio de la *ιατρική*, debe aceptar que haya personas que curan que no podrían ocuparse de los enfermos.
Por su lado, la población reclama la apertura de hospitales –p. 101.
En uno de los tantos hospitales inaugurados, emerge la enseñanza clínica (p. 103). Por una serie de elementos, entre los que están las demandas de las clases sociales, de la

necesidad de hospitales, se desprende la inevitabilidad de la “clinique” –Foucault emplea el concepto de *clase social* que en su etapa postetructuralista, desestimará.
La clínica que re aparece, es un aparato que comunica la universidad o la enseñanza, con el hospital o con el ámbito de la experiencia. Pero la *nueva inhaero* re elabora toda la Medicina alrededor de la observación de los dolientes en su lecho (p. 105).
Con la clínica, la “медицина” transmuta a los hombres en Objeto de Conocimiento {p. 109 [en este sitio, Paul-Michel usará otro término de raigambre marxista, que es el de *condiciones materiales de existencia*… (¿por qué luego esa rebelión estúpida de Foucault en contra del nieto de Levy?)]}.
La “Klinik” soluciona el asunto del ejercicio de la medicina; los que asisten a las prácticas clínicas, o son titulados o son alumnos –p. 112 [la *κλινική* es el espacio para la formación de los galenos; el hospital es el lugar para la cura de los pobres (p. 125)].
Con ese aparato, también se convierte la salud de los individuos en un tema de control; nace la “Salud Pública” (p. 115).
De la imperiosidad por eliminar que cualquiera pueda recetar, se pasa a la necesidad de vigilar la competencia misma de los médicos y de ahí, a la inevitabilidad de vigilar a todos –p. 120. De la *Public Health*, se transita hacia un sistema ampliado de vigilancia.
Lo precedente introduce un problema: ¿con qué derecho se vuelve en objeto de observación a una persona?; ¿con base en qué legitimidad, un individuo carenciado es convertido en un objeto sin más, para ser analizado en la clínica? (p. 125).
El pobre no es únicamente, alguien que padece, sino que encima es transformado en espectáculo –p. 126. ¿Cómo justificar que el carenciado, además de ser pobre, sea cosificado por la “clinique”? Porque del carenciado se extrae un saber que sirve a todos y con ello, al pobre mismo, con lo que el carenciado es *indemnizado* de haber sido empleado como objeto para investigar.
La situación de las mujeres pobres es peor; no obstante, tales damas, al ser estudiadas en su intimidad en los momentos del parto, evitan que otras congéneres sacrifiquen su pudor [esas otras mujeres son las damas ricas (p. 128 –el lector de Sade, larga explícitamente, una carcajada)].



“Primul” Sexticidad. “Dissémination”

El Capítulo VI, de un título sugestivo…, ingresa recién en el Tema, en el *Objektum* y en el "Pwoblèm" que el amado por Defert, se había fijado {si a Paul-Michel lo hubieran evaluado los Tribunales que me aplastaron a mí en Concursos académicos, no sería ni recordado [desplazándonos hacia otras almenas, habría que concretar unas apostillas a los títulos que insertaba Foucault, en sus obras y en los capítulos de sus libros, pero no contamos con el tiempo para eso (ya siento que se me agotan las décadas)]}.
Enuncia que la clínica se propone aprovechar los casos y sistematizarlos en conocimientos precisos. La *clinig* es la articulación de una Mirada que puede, del poder de la "Silmäys" y de una Mirada de los poderes que se concentrarán en que hasta el corazón, sea observable –p. 130.
La clínica es uno de los primeros intentos, desde el Renacimiento, de una experiencia de la percepción. Los arquitectos y pintores, también organizaron una *karanasan* de la Mirada, mas, sin que esa experiencia aspirase a ser una Ciencia.
La *clinique* se enreda en un círculo vicioso, al procurar que la enfermedad sea inteligible: la "nayvatsk médica" es la que descubre los secretos de una dolencia y la enfermedad es visible como dolencia, por la *Sracfhéachaint médica* {es otro de los aspectos que deseamos mostrar en Paul-Michel; el planteo de "a prioris" que no pueden eludirse [pareciera que cada época es hilvanada por *a prioris* (lo otro que podría quedar pendiente, sería el de comentar hojaldres como el del "Séptimo Ángel", que son obras que se desvían o que se arquean con respecto a un Foucault demasiado foucaultiano)]}.
La mirada médica posee una *estructura de visibilidad* que se sostiene de los signos, de los ejemplos o casos y de los síntomas –p. 131 (apréciese la magnitud de lo que dice el amigo estructuralista de Louis René…).
El "arwydd" es lo que permite adivinar un síntoma –el pulso es un signo, un indicio. El *simptom* es lo que denota que estamos delante de una enfermedad.
La "'intuitu' médica" vincula significante y significado (p. 133).

Conviene aquí amortiguar el avance.
Habíamos propuesto que Paul-Michel analizará los enunciados, y que desechará el signo, el significante, el significado, entre otros componentes, y ahora asoma un Foucault que aparentemente, nos contradice. Y así es, en virtud de que en un buen porcentaje de su periodo estructuralista, el gustador de Roussel será atraído por las nociones que en esa etapa eran categorías ineludibles. La contradicción no es nuestra; es de Paul-Michel, quien en *Las palabras y las cosas*, que es su último libro estructuralista…, se apartará con asco de tales ideas. Sin embargo, no es esa la situación ahora, en *El nacimiento de la clínica*, donde Foucault abunda en el uso de los conceptos de "signo", *significante*, "significado", etc.

Prosigamos.
El síntoma remite a lo patológico y lo que es dolencia envía a lo que no encaja en lo natural, por lo que el *shōjō* se ubica en la dicotomía Naturaleza vs. Enfermedad (p. 132).
El síntoma es el significante de la dolencia –p. 133.
No obstante, lo anterior implica dos paradojas.
La primera de ellas, es que el "symptom" en calidad de *significato* de la enfermedad, puede ser interpretado como significado de sí mismo (p. 134).
La segunda *aporía* es que al ser significante y "značenje", opera como un signo, dado que el *Schild*, es la globalidad de "signifikant" y significado. El asunto es que para que el síntoma funcione en calidad de signo, algo previo tuvo que causar que el *simptoom* trabaje como "σημείο".

Después de eso, el admirador de Kafka se enreda en una Metafísica de la Conciencia, que socavó Elyah.
Apuntala la suposición que Paul-Michel esparce que el síntoma como signo puede ser *signum*, si una conciencia lo entiende así [p. 135 (Foucault está muy detrás en esa ingenuidad, de las pesquisas más avanzadas de la Semiótica, a la que rebotará por su preferencia por la Hermenéutica)]. La mirada clínica que estudia el "shōjō", implica una conciencia que observa –p. 137. La descripción de un profesional es la actuación de una conciencia que manipula signos (p. 139).
La *beskrivelse* debe apegarse al despliegue de la dolencia, en paralelo a que se desenvuelve la enfermedad.
De idéntica manera en que el síntoma, el "signe", el *significante* y el "taasoo la micno ah", se conectaban a partir de la oposición Biosfera vs. Dolencia, de igual suerte, esos elementos se estructuran por la duplicidad *Tempo* vs. Resultado de la evolución de la enfermedad –p.132.
La dolencia es visible a medida que se desarrolla en el tiempo; la enfermedad no es opaca en su despliegue {p. 139 [Paul-Michel, emplea de nuevo el lexema "ideología" (p. 140)]}.
El clínico usa un lenguaje que alude a la dolencia, como si este *linguaggio* fuera la "reproducción" de la enfermedad. Lo que el médico enuncia de la dolencia es la enfermedad misma.
Por lo anterior, la *Mjekësi* no es un saber incierto, sino que es sopesado, en el atardecer del Siglo XVIII, una Ciencia –p. 141 (el glosador de Velázquez emplea el término "dialéctica", del que renegará con una violencia inusitada en hojaldres posteriores).
La *klinik* será la domesticación de la incertidumbre por la observación sistemática. La clínica es un aparato que ordena los casos –p. 142. Cada ejemplo distinto de una dolencia en un paciente, no es una enfermedad diferente, sino un caso con sus matices (p. 144).
No estamos ya, ni con una "medicina de las especies", ni con una *meditsina de las clases*, sino con una "'medicine' de los ejemplos" –p. 145–, a raíz de que una *medicina de los casos* incrementa la habilidad de los profesionales con el número de ejemplos que enfoca (p. 147).
Los casos indican la frecuencia de una dolencia –p. 150. La "'ιατρική' de los ejemplos" no es una *patología de los fenómenos*, sino una "'pathology' de los casos". Los ejemplos de una enfermedad son un conglomerado de rasgos distintivos o de fenómenos.
La *medicina de los ejemplos* se enloda en una paradoja: la cantidad de los casos, tendría que llevar a una mayor pericia; al contrario, la multiplicación de los ejemplos, a veces, confunde (p. 151).
Empero, la clínica es el espacio de una mirada feliz –p. 153.

"Anden" Serie ***Dialektikë*** ó "$\aleph_1$"

Segunda Cerificación. Septidad

El reconciliado con el amigo de Guattari, dice que en el Capítulo VI buscará enunciar cómo ve la mirada médica (p. 154).
Se guarda de intervenir y procura ser objetiva e imparcial –a.
La observación diplomada ocasiona que las cosas puedan ser entendidas y los objetos son comprendidos porque las entidades son miradas (b –p. 156).
La observación clínica se asocia con el hospital y con un ideal pedagógico (c –p. 157).

El sitio más adecuado para un doliente, no es la familia, sino el hospital, en virtud de que en ese lugar el enfermo está en un espacio donde los síntomas no son atenuados por los cuidados de los parientes.
En el hospital, se practica la clínica entre el médico que enseña y los futuros profesionales que aprenden (p. 159).
En la enseñanza erudita, el diplomado no es el que conoce y el que aprende, el que ignora, sino que el médico es el que descubre y el alumno, el que acompaña en ese desvelamiento.
Foucault plantea otra "aporía": si la *clinique* es el sitio en el que se estudian los casos, el análisis es interminable y la clínica no acaba nunca en un saber cierto [ɐ (p. 160)].
La mirada médica se basa en el examen de los "simptomları" –d (p. 161).
Con los síntomas, la observación diplomada aboceta un *cuadro* –e.
La "mirada 'klinikka'" tiene que recolectar los datos necesarios para elaborar una descripción exhaustiva (f –p. 164).
La observación profesional debe ser tan neutra que tiene que ser Un Ojo que sería Puro Lenguaje (g –p. 165). La mirada médica sería un *Enis* que ve más y mejor. La observación diplomada que es así, impulsa a que todo sea visible y a que todo sea enunciable (h –p. 167).
El Lenguaje perfecto de la mirada clínica, debe garantizar un dominio sobre las dolencias (i –p. 166).
La observación profesional es la expresión sumaria de los hechos (j –p. 169). Lo visible eran las cosas y lo que era dicho de los objetos, se correspondía con lo enunciable.
La mirada médica hace del "symptom" la mínima unidad significativa de la enfermedad (k –p. 170).
La observación diplomada buscará que el nombre de una dolencia sea lo más representativo posible de esa enfermedad (l –p. 171).
La *mirada kurinikku* ilumina la esencia de una dolencia (m –p. 173).
A pesar de lo enumerado, la observación profesional no es una mirada intelectual, sino que es una observación de lo sensible y casi empirista (n –p. 174).
Sin embargo, el ojo clínico no tiene que olvidar las "profundidades" de una enfermedad (ñ –p. 176). Hay que mirar las lesiones invisibles en la carne oscura.

***Ail* Primidad. Octeridad**

El Capítulo VIII, se ocupará de cómo es que los cadáveres dejaron de ser opacos.
Paul-Michel advierte que los galenos no abrieron los cuerpos para iniciar la Anatomía Forense, a causa de que en la "Medisin" haya habido un progreso que superó los temores que impedían estudiar a los muertos para conocer a los vivos (p. 179).
A fin de que los cuerpos pudieran ser operados y apreciados, la observación diplomada tuvo que alterarse –p. 180. De lo que anticipamos de la *clinică*, no se infiere que los médicos, de una época a otra, hicieran de la abertura de cadáveres, una rutina.
El tránsito hacia la operación de los muertos, se comienza a dar en la "medicina de las clasificaciones" (p. 181). La *Medizin de las clases*, se proponía tener en cuenta al cuerpo; de la "medicina de las clasificaciones", se destila la Anatomía.
El ojo clínico empirista, que es una mirada orientada a la superficie –p. 184–, debió aprender a ir allende lo visible.
La modificación se dio cuando los síntomas fueron asociados con órganos (p. 185); para la apreciación de los órganos, hubo que abrir los cuerpos.
La *κλινική* de los "simptome" era una Medicina de los dolientes que respiraban, por lo que la clínica tuvo que aprender a ajustarse a una Anatomía de los cadáveres –p. 191.

Al principio, la práctica se acercó a los muertos con desconfianza, dado que los fallecidos, al no ser existentes, podían ofrecer síntomas distorsionados.
Luego, los diplomados se percataron que tanto los vivos como los cadáveres, poseían órganos, tejidos y carne (p. 192). Los enfermos, también –p. 194. Con el asomo de los pacientes, surgió otra vez, la duplicidad médico/doliente –p. 195.
El enfermo puede ser operado, como los muertos. La *Bzhshkut'yun* da origen a la Cirugía; la clínica puede abrir los cuerpos.
Otro de los aspectos que ayudó a que la "clinique" pudiera operar la carne, fue que las dolencias se concibieron como pequeños decesos que podían culminar en la muerte (p. 200). Las enfermedades ocasionaban que el paciente sea un cadáver potencial, por lo que el doliente podía ser abierto.

Después de lo anterior, Foucault se entrega a reflexiones acerca del deceso.

Luego de concluido con lo adelantado, Paul-Michel dice que la Medicina, que era *yapuaphanyad* que se atareaba con la vida, se ocupa de los muertos, del fallecer y de los cadáveres –p. 208.

"Seconda" *Atesis*

En el Capítulo IX, el gustador de Sade enunciará que la existencia, la salud y la enfermedad se calibran a partir de la muerte (p. 210).
La dolencia es un proceso mórbido –p. 211–; es un desvío o alejamiento con respecto a lo sano y a lo vivo (p. 216). Es por otro lado, una forma rarificada de la existencia –p. 244.
Se articula una Nosología de lo mórbido (pp. 210–217, 243/244).

Después, Foucault se aboca a pensar sobre lo que es la vida (pp. 218–225).

Luego, se dedica a hablar de la medicina clínica (pp. 226–233). Después, regresa a lo de la apreciación diplomada (pp. 234–241).

La mirada médica se torna una observación anatómica; con esto, lo invisible es visible (p. 242). El deceso es el secreto visible de los agentes; la muerte es la esencia de los hombres –p. 244.

Segunda Secundidad. Novenidad

En el último capítulo, el amante de Defert analiza las fiebres.
Anticipa que la "'meditsina' de los síntomas" dejaba dos enormes problemas.
El primero es que un mismo conjunto de *simptomları* podría remitir a más de una enfermedad; ¿cómo detectar la dolencia correcta? (p. 245).
La otra cuestión era si una enfermedad se asociaba siempre o no, con una lesión –p. 247.
Para los dos asuntos, algunos galenos propusieron que las "febris" podían ser la clave para distinguir entre dolencias que podían asemejarse (p. 246). Muchos otros diplomados estuvieron en desacuerdo y se planteó un debate que duró veinticinco años –p. 245.
El tema es que las fiebres pueden no ser orgánicas y pueden enlazarse con cuestiones del alma; pueden ser síntomas de neurosis (p. 251).
Por lo demás, no son claros los rasgos de una "koors" –p. 257. Para unos, el aumento de temperatura es un indicio de fiebre; para otros, no.
Se discutía en simultáneo, si la *fever* era o no una inflamación (p. 261).

El asunto es que estas polémicas en torno a la “θέρμη”, desgaja de la Medicina, una Fisiología de lo mórbido –p. 266.
La *Physiologie* no se atarea ni con enfermedades sustanciales, ni con la esencia de una dolencia (p. 268). Con ello, se pasa de las diferentes medicinas de las enfermedades, a una “‘Bzhshkut’yun’ de lo ‘pathological’”, que es el esquema que imperó en el ‘800 y en el Siglo XX –p. 271.
Como lo *παθολογικός* implica un “arquetipo de fondo” que sustenta a la patología, desde la *Medicina de lo patoloģisks*, hubo un desplazamiento hacia una “‘Médecine’ de las estructuras” (p. 273).

Tretia Séria “Dialektyk” ó ℵ₂

“Trešā” Ceroidad. Docidad

El autor que resumimos, confiesa que este hojaldre es un intento de abordar la *Historia de las ideas*, con una metodología que no se abismó hasta él –p. 274 (ɒ).
Ese enfoque que aspira a ser novedoso en la Historia de los sistemas de pensamiento, adoptó como estudio acotado el de las transformaciones de la “na nkà mmụta ọgwụ” en cincuenta años (ɔ).
Se anheló mostrar cómo fueron analizados por las diversas medicinas, las dolencias, la existencia, el deceso y los cuerpos enfermos –ɖ.
Se buscó revelar cómo lo que es *invisible* en una etapa determinada, lo es porque hay una “visibilidad” que impide que lo que es oscuro, sea perceptible (ɚ).
Nos interrogamos cómo fue plausible que emergiera esa entidad curiosa que es la *klinikka* –ɜ (p. 275)– y cómo para ello, se tuvo que re ordenar el hospital –ɞ.
Destacamos cómo el lenguaje cambió para que el decir enuncie lo que ve (ɟ).
Mostramos cómo poco a poco, el cadáver se torna interesante para una mirada profesional –ɠ.
La dolencia, la salud, la vida se imaginan a partir de la muerte, la que actúa como un “a priori” concreto o histórico para estudiar lo que nombramos [ɤ –p. 276 (es la primera vez que el admirador de sí mismo, hace circular la noción de *a priori histórico*, categoría de la que abusará en *Las palabras y las cosas*)].
Este prolongado análisis, complementa el de la *Historia de la locura*…, en el sentido de que en esa obra se describía cómo el hombre occidental se volvía “‘Objekto’ para la ‘syans’”, cuando se suprimía. La Psiquiatría se ocupa de la *alienación* y de los “locos”, que son la eliminación de lo *normal*, de lo “cuerdo”, de lo *equilibrado* –ɧ.
El libro que se desplegó, revela cómo la “Yapuaphanyad” se afana con los individuos, elucubrando alrededor del fallecer, que es cuando los agentes desaparecen.
En la cultura moderna, que abarca hasta Šlomo, la experiencia del hombre se apoya en una ponderación de la muerte (ɨ).
Como fuere, la Medicina es fundamental en el asomo de las Ciencias Sociales y Humanas, que se atarean con los individuos en cuanto Objetos de saber, a raíz de que la *Meditsine* se ocupa de la carne de los enfermos y en suma, de los hombres –ɮ (p. 277).
Por lo precedente, lo que nos llega del ‘700 no está completamente desenvuelto en la “europae culturae” –ɰ (p. 279)–; todavía nos encontramos inmersos en las estribaciones del Siglo XVIII {ɲ [Paul-Michel se ríe burlonamente, de la *pretensión ewropea* de ser de “vanguardia”, cuando la *vieja Eropah* está hundida en el setecientos… (empero, Foucault no define lo que homologa por “cultura europea” y parece equipararla con el concepto problemático de *Occidente*)}.